重要事項説明書（例）

重要事項説明書の説明確認部分に、取扱説明の確認及び福祉用具実地使用による説明確認を兼ね合わせたつくりとしています。

1　〇〇〇〇社〇〇事業所の概要

（1）概　要

事業所名	
所在地	
管理者名	
電話番号 (緊急時の連絡先)	電話番号　〇〇－１２３４－５６７８ 緊急時の連絡先(携帯等も)　090-0000-0000
ＦＡＸ番号	
事業所番号	
サービス提供地域	
取扱品目	

（2）当事業所の職員体制〈例〉

職　　名	資格等	常勤	非常勤	兼務の別	合計
従業者数総数	—	名	名	—	名
管理者		名		有・なし	名
従業者	福祉用具専門相談員	〇名	〇名	有・なし	〇名
	ヘルパー2 級	〇名	〇名	有・なし	〇名
		〇名	〇名	有・なし	〇名
		〇名	〇名	有・なし	〇名

（3）サービスの提供日・時間

平日	午前〇〇時～午後〇〇時
土曜日	午前〇〇時～午後〇〇時
休業日	日曜日、祝日、１２月２９日～１月３日

2　当事業所の特徴等

運営の方針・特徴

3　サービス利用料金

（1）利用料

福祉用具のレンタル料金及び料金については、別添のカタログにて説明いたします。

１カ月単位でのご利用となります。

＊月中の契約開始、契約終了につきましては以下の通りとなります。

（2）搬入・搬出等について

○搬入・搬出につきましては、お客様の希望される日時・場所に従います。
遠慮なくお申し出ください。

○基本的に、搬入搬出費用はサービス料金に含まれて下ります。ただし、以下の場合には別途料金をご負担いただくことがあります。

・搬入・搬出に特別な作業を必要とする場合
・遠隔地、当社の営業地域以外への搬入・搬出
・お客様の都合による貸与品の移動等

（3）交通費等

上記１の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域にお住まいの方は、専門相談員が訪問するための交通費の実費をご負担していただくことがあります。

（4）利用料のご請求等について

○料金の支払方法

毎月、○○日までに前月分の請求をいたしますので、○○日以内にお支払いください。お支払い確認後、領収書を発行いたします。
お支払い方法は、銀行振込、口座自動引落しの２通りの中から選んでいただきます。
サービス開始月は、納品時に現金で集金させていただきます。

○ご利用料金の滞納

ご利用料金が○○カ月滞納し、ご請求にも関わらずお支払いいただけない場合には、貸与品を引き上げさせていただく場合がございます。

4　その他サービスご利用上の留意点

（1）サービスの更新

本契約の有効期間は１カ月としますが、毎月更新日を１日とし、前月末日までにサービス終了のご連絡がない場合には、さらに１カ月同条件で更新されたものとします。

（2）サービスの終了

ア　お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の○週間前までにお申し出ください。

イ　当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了１か月前までに文書で通知いたします。

ウ　自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・お客様が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

・お客様が亡くなられた場合

エ　その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

（3）一時入院・入所の場合

１カ月未満の一時入院・入所の場合契約料金としますが、１カ月を超える場合には、契約に関わらず、全額自己負担となりますので、あらかじめご了承ください。

（4）貸与品の点検等

貸与品導入時に、取扱説明及び事故防止の観点でのご注意を指導させていただきます。
また、定期的に電話等での使用状況確認、または出張にての点検をさせていただきます。
不具合や事故が生じた場合は、早めのご連絡をお願いいたします。

5　個人情報の取扱につきまして

当社は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ漏洩に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合を別紙にてご提示し、事前にお客様のご承認をいただいております。あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

6．情報開示につきまして

当社は、ご利用者の皆様のお求めに従って、お客様ご自身に関する情報(ご利用者記録、サービス提供記録、その他)を開示しております。ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、書面にてご本人様のご了解を得てからになりますあらかじめご了承ください。

6　事故・トラブル発生等につきまして

本説明書１の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願いいたします。
必要に応じて、ケアマネージャー、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。
また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

当事業所のサービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を含めて対応いたします。（当事業所は〇〇会社と損害賠償保険契約を結んでおります。）

7　苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、担当者宛にご連絡をお願いいたします。

苦情受付電話(代表でも可)　000-0000-0000　　　　担当者　〇〇、〇〇

なお、市区町村、国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

平成　　年　　月　　日

説明事項確認書

①福祉用具の貸与にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。

②福祉用具の「取扱説明書をお渡し」し、「福祉用具を使用して」取扱に関して説明を行いました。

③福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を行いました。

事業所
所在地

名　称

説明者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

①私は、本書面により、事業者から福祉用具貸与についての「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

②私は福祉用具の「取扱説明書」を受け取り、「用具を使用した取扱説明」を受けました。

③私は福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を受けました。

ご利用者　　住所
(代理人)
　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます)

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

ご利用者との関係(○印)
親族　(　：続柄　　　　　　　　　　)
成年後見人
代理人
＊確認資料をお見せいただく場合がございます。
あらかじめご了承ください。